

DE

DE

DE



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 15.5.2009
KOM(2009) 228 endgültig

**BERICHT DER KOMMISSION
AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT UND DEN RAT**

**über die Arbeit des Frühwarn- und Reaktionssystems (EWRS) des Gemeinschaftsnetzes
für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten in
den Jahren 2006 und 2007 (Entscheidung 2000/57/EG)**

(Text von Bedeutung für den EWR)

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	3
2.	Im Jahre 2006 gemeldete Ereignisse.....	3
3.	Reaktionen und Maßnahmen infolge der 2006 gemeldeten Ereignisse	3
3.1.	Chikungunya in La Réunion	3
3.2.	Masern.....	4
3.3.	Lassa-Fieber	4
3.4.	<i>Clostridium difficile</i> 027	4
3.5.	Aviäre Influenza beim Menschen	5
4.	Im Jahre 2007 gemeldete Ereignisse.....	5
5.	Reaktion und Maßnahmen infolge der im Jahre 2007 gemeldeten Ereignisse	5
5.1.	Tuberkulose.....	5
5.2.	Chikungunya in Italien.....	6
5.3.	Masern in Belgien	7
5.4.	Legionellose	7
6.	Prüfung der gemeldeten Fälle anhand der Meldekriterien	7
7.	Die neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR).....	9
8.	Übertragung des EWRS auf das ECDC	10
9.	Schlussfolgerungen	10

1. EINLEITUNG

Dieser Bericht soll das Europäische Parlament und den Rat über die durch Infektionskrankheiten von gemeinschaftlicher Bedeutung bedingten Ereignisse informieren, die in den Jahren 2006 und 2007 gemäß der Entscheidung 2119/98/EG¹ des Europäischen Parlaments und des Rates und der Entscheidung 2000/57/EG der Kommission über das Frühwarn- und Reaktionssystem der Gemeinschaft (EWRS) gemeldet wurden.

2. IM JAHRE 2006 GEMELDETE EREIGNISSE

Im Jahre 2006 wurden insgesamt 138 Meldungen ins Netz gestellt (2,6 Meldungen pro Woche), dazu 223 Kommentare. Von den 138 Meldungen waren 37 Informationsmeldungen, 47 Meldungen der Aktivierungsstufe 1, 22 Meldungen der Aktivierungsstufe 2 und zwei Meldungen der Aktivierungsstufe 3. Von den 30 Meldungen, die infolge spezifischer Ereignisse ins Netz gestellt wurden, behandelten 16 getroffene Maßnahmen, neun die Koordinierung von Maßnahmen und fünf beabsichtigte oder geplante Maßnahmen. Die Meldungen lassen sich folgendermaßen nach Ländern bzw. Gebieten des Auftretens aufschlüsseln: Deutschland (10 gemeldete Ereignisse), Frankreich (8), Italien, Spanien, Schweden und Dänemark (jeweils 7), Vereinigtes Königreich und Österreich (6), Belgien und Slowenien (5), Lettland und Israel (4), Polen, Litauen und Türkei (3), Portugal, Estland, Griechenland, Niederlande, Norwegen und Sierra Leone (2), Ungarn, Tschechische Republik, Slowakei, Rumänien, Färöer Inseln (Dänemark), La Réunion (Frankreich DOM-TOM), Saint Helena (Vereinigtes Königreich), Kroatien, Russische Föderation, Mauretanien, Ägypten, Tunesien, Irak, Indien und Thailand (jeweils ein Ereignis). Sieben Ereignisse betrafen mehrere EU-Mitgliedstaaten, zwei betrafen mehr als ein Drittland. Bei vier Ereignissen wurde der geografische Ursprung nicht festgestellt. 48 Meldungen – 16 Ereignisse betreffend – wurden über den selektiven Austauschkanal geleitet.

43 Ereignisse betrafen Influenza, 18 akute Diarrhoe, acht Diarrhoe und Salmonellose, sieben die Masern, sechs Legionellose, fünf Tuberkulose, zwei Cholera, unerklärliche Todesfälle, Fieber, Lebensmittelvergiftung, hämorrhagisches Fieber, Hepatitis, das hämolytische uremische Syndrom, Mumps oder vCJD; jeweils ein Ereignis betraf Campylobakteriose, Leptospirose, Listeriose, Septikämie, Shigellose, Weichteilinfektionen, sexuell übertragbare Infektionen und Typhus. Acht Meldungen gehörten in die Rubrik „entfällt“ und fünf fielen unter die Kategorie „nicht verzeichnet“.

3. REAKTIONEN UND MASSNAHMEN INFOLGE DER 2006 GEMELDETEN EREIGNISSE

3.1. Chikungunya in La Réunion

Im Februar 2006 meldete Frankreich einen größeren Ausbruch des Chikungunya-Virus im französischen Übersee-Département La Réunion. Das Virus breitete sich rasch auf weitere Inseln im Indischen Ozean bis nach Indien aus. Das Europäische

¹ ABl. L 268 vom 3.10.1998, S. 1.

Zentrum für die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) prüfte, welches Risiko bestand, dass das Chikungunya-Virus in die EU gelangt, um den Mitgliedstaaten Optionen an die Hand zu geben, sich besser darauf vorzubereiten. Es wurden Informationen über die Risikobewertung für Reisende in und aus den betreffenden Gebieten erstellt und an die Mitgliedstaaten geleitet. Auch das Risiko von Blutspendern, die aus den betroffenen Gebieten zurückkehrten, wurde thematisiert, und die für Fragen der Sicherheit von Blut zuständigen Gesundheitsbehörden wurden gewarnt, damit sie betreffende Blutspender eventuell zurückstellen konnten.

3.2. Masern

Im März 2006 meldete Deutschland eine Reihe regionaler Masernausbrüche im Süden und Westen des Landes. Es wurden Ausbrüche mit mehr als 58 Fällen im Großraum Stuttgart und 149 Fällen im Bundesland Nordrhein-Westfalen gemeldet. Weitere Untersuchungen ergaben, dass den Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen 1 018 Fälle zwischen dem 1. Januar und dem 3. Mai 2006 gemeldet worden waren; dabei waren vornehmlich ältere Kinder und Jugendliche betroffen. Diese Ereignisse lösten spezifische Reaktionen des Gesundheitswesens aus (Information aller örtlichen Gesundheitsbehörden, verstärkte Impfmaßnahmen, Informationskampagnen für Schulen, Kindertagesstätten, Eltern und Ärzte für Allgemeinmedizin).

3.3. Lassa-Fieber

Am 21. Juli 2006 meldete Deutschland den Fall eines Lassa-Fieber-Patienten, der von Freetown (Sierra Leone) über Abidjan (Elfenbeinküste) und Brüssel nach Frankfurt gereist war. Der Patient war auf den Flügen krank und trug einen defekten Harnkatheter, aus dem Urin auf den Flugzeugsitz, Decken und die Kleidung des Patienten tropfte. Zwar beurteilte das ECDC das Risiko für die anderen Passagiere als gering, doch einigte man sich auf die Ermittlung derjenigen Kontaktpersonen, deren Risiko als höher eingeschätzt wurde. Es wurde ein Koordinierungsmechanismus zwischen der Europäischen Kommission, dem ECDC, dem Robert-Koch-Institut, den belgischen Gesundheitsbehörden, der Sabena und der WHO eingerichtet. Rasch wurden entsprechende Instrumente und Unterlagen bereitgestellt. 92 Personen wurden gesucht; von diesen kamen 43 aus EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Deutschland, Italien, Polen, Vereinigtes Königreich, Frankreich und Spanien). Jedes dieser Länder erhielt eine Liste der Personen, die über das Instrument des selektiven Informationsaustauschs mittels des EWRS zu ermitteln waren. Man einigte sich auf eine Pressemitteilung, mit der die Öffentlichkeit in den Mitgliedstaaten bei Bedarf hätte einheitlich informiert werden können. Es wurde zwar kein zweiter Fall ermittelt, doch hat dieses Ereignis den Wert des Koordinationsmechanismus deutlich gemacht und gezeigt, welcher weiterer Handlungsbedarf besteht, um künftig ähnliche Ereignisse bewältigen zu können.

3.4. *Clostridium difficile* 027

Am 28. April 2006 meldete Frankreich die erste Häufung von Erkrankungsfällen im Zusammenhang mit *Clostridium difficile* Toxinotyp III, PCR-Ribotyp 027, die in einem Krankenhaus im Norden des Landes aufgetreten waren. Die Informationen wiesen auf Ähnlichkeiten des Clusters mit Erreger-Stämmen hin, die bereits von Ausbrüchen schwerer Erkrankungen im Zusammenhang mit *Clostridium difficile* in anderen Ländern isoliert worden waren. *Clostridium difficile*, PCR-Ribotyp 027, das seit 2003 in den USA und in Kanada nachgewiesen wurde, war 2004 an Ausbrüchen in britischen Krankenhäusern und 2005 in Belgien und den Niederlanden beteiligt.

Am 21. März 2006 traf die Infektionsbekämpfungsstelle in Frankreich entsprechende Maßnahmen, und seit dem 11. April 2006 ist kein weiterer Fall mehr aufgetreten. Die Erfahrungen, die Frankreich auf nationaler Ebene gemacht hatte, wurden an die anderen Mitgliedstaaten weitergeleitet, und es wurden Optionen für geeignete Reaktionen erörtert. Seit 2006 wurde *Clostridium difficile* 027 auch in Polen, Luxemburg und Dänemark isoliert.

3.5. Aviäre Influenza beim Menschen

In der Türkei löste die Übertragung des Influenza-Virus H5N1 auf Menschen eine beträchtliche Zahl von Meldungen aus. Die epidemiologische Lage wurde regelmäßig aktualisiert für den Fall, dass sich das Virus auf weitere geografische Gebiete ausweitete. Zwar gab es mehr Meldungen zur aviären Influenza als zu anderen Ereignissen (43 Meldungen bzw. 31,1 %), doch betrafen die meisten Informationen Fälle bei Vögeln in der EU und auf einzelstaatlicher Ebene getroffene Maßnahmen zur Information von Reisenden über die betroffenen Gebiete.

4. IM JAHRE 2007 GEMELDETE EREIGNISSE

Im Jahre 2007 wurden insgesamt 85 Meldungen mit insgesamt 300 Kommentaren ins Netz gestellt (1,6 Meldungen pro Woche). Von den 85 Meldungen waren 26 Informationsmeldungen, 32 Meldungen der Aktivierungsstufe 1, drei Meldungen der Aktivierungsstufe 2 und eine Meldung der Aktivierungsstufe 3. 23 Meldungen betrafen Maßnahmen, die als Reaktion auf bestimmte Situationen getroffen worden waren (12 Meldungen über getroffene Maßnahmen, acht über die Koordinierung von Maßnahmen und drei über geplante Maßnahmen). Die Ereignisse gingen von folgenden Ländern aus: Italien (9), Vereinigtes Königreich (8), Indien (6), Spanien, Deutschland, Irland und Ungarn (je 4), Frankreich, Schweden, Portugal, Polen, Estland, Vietnam, Tschechische Republik, Kanada, Malta und Bulgarien (je 2), Dänemark, Belgien, Litauen, Türkei, Lettland, Norwegen, Ägypten, Finnland, Thailand, Rumänien, Dominikanische Republik, Nigeria, Luxemburg, China und Uganda (je eine). Vier Ereignisse betrafen mehr als einen EU-Mitgliedstaat, ein Ereignis betraf mehr als einen Drittstaat. Bei einem Ereignis konnte der geografische Ursprung nicht festgestellt werden. 159 Meldungen, die sich auf 14 Ereignisse bezogen, wurden über den selektiven Austauschkanal geleitet.

Zehn Ereignisse betrafen Tuberkulose und Influenza, sieben Legionellose, fünf Diarrhoe und Salmonellose, vier Cholera und Masern, drei akute Diarrhoe, zwei Fieber, Lebensmittelvergiftung, hämorrhagisches Fieber und multiresistente Tuberkulose sowie je eines Kryptosporidiose, Laryngitis, Melioidose, Meningitis, Mumps, Pneumonie, Tollwut, Septikämie, Shigellose, Syphilis, Trichinose und vCJD. Sechzehn Meldungen gehörten zur Kategorie „entfällt“ und eine fiel unter die Kategorie „nicht verzeichnet“.

5. REAKTION UND MASSNAHMEN INFOLGE DER IM JAHRE 2007 GEMELDETEN EREIGNISSE

5.1. Tuberkulose

Im Zusammenhang mit der Tuberkulose wurden im Jahr 2007 zehn Ereignisse gemeldet. Vier davon betrafen mehr als achtstündige Flüge (Frankreich, Italien (2) und Deutschland). An einem Ereignis war eine Person beteiligt, die in einer Kindertagesstätte arbeitete, in der Kinder aus verschiedenen EU-Mitgliedstaaten

betreut wurden (Luxemburg). Ein Ereignis betraf einen Patienten, der einen internationalen Sommerkurs an einer Hochschuleinrichtung (Italien) besuchte. Zwei weitere Ereignisse bezogen sich auf Fälle multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) bei Busreisenden (Schweden und Frankreich). Zwei Ereignisse traten auf kurzen Flugreisen auf: zum einen die multiresistente Tuberkulose (MDR-TB) (Malta) und zum anderen die äußerst arzneimittelresistente Tuberkulose (XDR-TB) (Island).

Unter den berichteten Fällen war ein XDR-TB-Fall bei einem durch Europa reisenden Amerikaner, der am 25. Mai von den italienischen Behörden gemeldet wurde. Der Patient war auf einem Langstreckenflug von Atlanta (USA) nach Paris (Frankreich) gereist. Auf der Rückreise flog er mit einer tschechischen Fluggesellschaft von Prag nach Montreal (Kanada) und reiste mit dem Auto in die USA weiter. Bei dem Patienten war im März Tuberkulose diagnostiziert worden, und ihm wurde auf der Europa-Reise mitgeteilt, dass seine Tuberkulose äußerst arzneimittelresistent war. Das ECDC gab eine Gefährdungseinschätzung ab, der zufolge die Infektiosität des Patienten sehr gering war und keine Anhaltspunkte dafür bestanden, dass XDR-TB leichter übertragbar sei als medikamentös behandelbare Tuberkulose. Angesichts des Schweregrads der Erkrankung an XDR-TB empfahl das Zentrum jedoch, vorsorglich die WHO-Leitlinien für Tuberkulose und Flugreisen auf die beiden mehr als achtstündigen Transatlantik-Reisen anzuwenden. Die Kommission führte den Vorsitz einer Reihe von Koordinierungssitzungen mit den betroffenen Mitgliedstaaten, dem ECDC, der WHO, den USA, Kanada und den Delegationen der Kommission in den USA und Kanada. Dabei wurden koordinierte Maßnahmen zur Ermittlung von Kontaktpersonen ergriffen. Angesichts der hohen Aufmerksamkeit der Medien wurde eine Pressemitteilung verfasst. Das Ereignis machte deutlich, wie notwendig es ist, die bestehenden Möglichkeiten zur Ermittlung von Kontaktpersonen auszubauen und die Medien bei Bedarf in abgestimmter Weise zu informieren.

Bei der Prüfung der anderen Ereignisse standen folgende Themen im Vordergrund: (i) Datenschutzfragen, (ii) die Möglichkeit, EU-weite „Flugverbotslisten“ aufzustellen, (iii) die Zuständigkeit von Fluggesellschaften und Reiseunternehmen, die persönlichen Daten von Reisenden zum Zwecke solcher Gesundheitsmaßnahmen wie der Ermittlung von Kontaktpersonen zu erheben, bereitzustellen und zu speichern, (iv) die Weiterleitung von Passagierdaten an die einzelstaatlichen Gesundheitsbehörden im Einklang mit den Leitlinien der WHO und (v) die Ermittlung der Kontaktpersonen nur für Fälle von MDR/XDR-TB.

5.2. Chikungunya in Italien

Die italienische Gesundheitsbehörde stellte einen Ausbruch des Chikungunya-Virus im Gebiet von Ravenna fest und meldete diesen am 30. August 2007. Bis zur Meldung waren bereits 131 Personen erkrankt, und die Kurve der epidemischen Entwicklung war bereits wieder rückläufig. Dies war der allererste Bericht über eine einheimische Übertragung des Chikungunya-Virus in Italien und Europa. Der Ausbruch ging auf einen Reisenden zurück, der aus Indien zurückgekehrt war. Die örtliche Übertragung wurde in dem Gebiet durch die Mücke *Aedes albopictus* möglich. Durch die schnelle Reaktion der italienischen Behörden konnte der Ausbruch jedoch rasch beendet werden. Über das EWRS wurden unverzüglich Informationen ausgetauscht, und die Kommission unterstützte – gemeinsam mit dem EWRS – die Mitgliedstaaten dabei, ihre Abwehrbereitschaft zu erhöhen, ihre Frühwarn- und Überwachungsmechanismen zu verstärken, ihre Diagnosekapazitäten

für Chikungunya zu erweitern, gezielte Blutsicherheitsmaßnahmen einzuführen und die Kontrollen importierter Waren wie Glücksbambus und gebrauchter Reifen (Möglichkeiten der Vektoreinfuhr) zu verschärfen.

5.3. Masern in Belgien

Belgien meldete am 30. Oktober 2007 den Ausbruch von 22 Masernfällen in einer orthodoxen jüdischen Gemeinde in Antwerpen. Der Index-Fall war ein 17-jähriger amerikanischer Student, der in London studierte und in Antwerpen Verwandte besuchte. Zuvor waren Masernausbrüche in ultraorthodoxen jüdischen Gemeinden im Vereinigten Königreich und in Israel (aus dem Vereinigten Königreich eingeschleppt) gemeldet worden. Der Ausbruch wurde offensichtlich durch die geringe Durchimpfung der ultraorthodoxen jüdischen Gemeinde begünstigt. Belgien hat die Informationen rasch verbreitet. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Europäischen Jüdischen Rat konnten die gefährdeten Gruppen dieser Gemeinden in der Europäischen Union erreicht werden, bei denen in der Regel ein geringes Risikobewusstsein für die unzureichende Durchimpfung besteht.

5.4. Legionellose

Im Januar meldeten die Kontaktstellen des EWRS in Schweden, Finnland und Norwegen vier Fälle der Legionärskrankheit, die bei Gästen in einem Hotel in Phuket (Thailand) festgestellt worden war. Alle Fälle wurden der Europäischen Arbeitsgruppe für Legionelleninfektionen (EWGLI) gemeldet. Über die von Finnland getroffenen Maßnahmen wurde eine Pressemitteilung herausgegeben. Die skandinavischen Institute arbeiteten eng mit EWGLI und den Reiseveranstaltern zusammen, die die zuständigen lokalen Behörden informierten, um die Infektionsquelle zwecks Verhinderung weiterer Fälle zu ermitteln und zu behandeln. Es wurde rasch ein Verfahren zur Ermittlung der Kontaktpersonen eingeführt. Dabei wurden 284 europäische Touristen aus 11 EU-Mitgliedstaaten ermittelt und, sofern möglich, kontaktiert. Die kontaktierten Personen wurden über die mögliche Exposition unterrichtet, und ihnen wurde geraten, einen Arzt aufzusuchen, falls sie Symptome entwickeln sollten, die auf die Legionärskrankheit hindeuteten. Ähnliche Schritte wurden im Juli 2007 nach dem Auftreten mehrerer Fälle der Legionärskrankheit in einem bulgarischen Hotel unternommen.

6. PRÜFUNG DER GEMELDETEN FÄLLE ANHAND DER MELDEKRITERIEN

Die Kommission beauftragte das ECDC zu prüfen, ob die gemäß der Entscheidung 2119/98/EG gemeldeten Fälle den in Anhang I der Entscheidung 2000/57/EG aufgeführten Kriterien entsprachen. Zweck war, der Kommission und den Mitgliedstaaten wissenschaftliche Erkenntnisse vorzulegen, um die Meldemodalitäten nach den geltenden EU-Rechtsvorschriften für übertragbare Krankheiten zu verbessern und eine Grundlage für die effizientere Nutzung der IT-Tools zu liefern. Der ausführliche Bericht über die Prüfung wurde vom Zentrum vorgelegt und mit den Mitgliedstaaten erörtert; er ist auf Anfrage erhältlich. Die wichtigsten Zahlen sind im Folgenden zusammengefasst.

Insgesamt wurden 195 Ereignisse (Aktivierungsstufen 1, 2 und 3), die zwischen Mai 2004 und Dezember 2007 über das EWRS gemeldet worden waren, unabhängig

voneinander durch drei Sachverständige des Zentrums bewertet. Jedes Ereignis wurde daraufhin geprüft, ob es die vier in Anhang I der Entscheidung 2000/57/EG genannten Kriterien² erfüllt hat.

Von den 195 weitergeleiteten Meldungen erfüllten 163 (83,6 %) mindestens eines der vier Kriterien des Anhangs I. 32 Meldungen (16,4 %) erfüllten keines der Kriterien. Die meisten Ereignisse (104 – 53,3 %) erfüllten lediglich ein Kriterium. Die nachstehende Tabelle zeigt die Meldungen aufgeschlüsselt nach der Zahl der erfüllten Kriterien.

Art der Meldung	Zahl der Meldungen, die die Kriterien von Anhang I erfüllen				Insgesamt
	0	1	2	3	
EWRS-Aktivierungsstufe 1	22	85	30	4	141
EWRS-Aktivierungsstufe 2	10	17	21		48
EWRS-Aktivierungsstufe 3		2	4		6
Insgesamt	32	104	55	4	195

Von den 195 Meldungen erfüllten 11 (5,6 %) das erste Kriterium, 87 (44,6 %) das zweite, 36 (18,5 %) das dritte und 92 (47,1 %) das vierte.

Die vier häufigsten Gründe für die Meldung waren folgende: 66 Meldungen (33,8 %) ergingen aufgrund von Faktoren, die auf eine mögliche internationale Verbreitung hinwiesen. 35 Meldungen (17,9 %) waren Anfragen, ob kurz zuvor Fälle derselben Krankheit, die in einem epidemiologischen Zusammenhang standen, in einem anderen Land festgestellt oder gemeldet worden waren. 26 Meldungen (13,3 %) dienten der Ermittlung, ob es sich bei der Infektionsquelle um ein

² Ein Ereignis ist über das Frühwarn- und Reaktionssystem zu melden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

1. Ausbruch übertragbarer Krankheiten in mehr als einem Mitgliedstaat der Gemeinschaft;
2. örtlich oder zeitlich gehäuftes Auftreten gleichartiger Krankheiten, sofern Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen und eine länderübergreifende Ausbreitung innerhalb der Gemeinschaft zu befürchten ist;
3. örtlich oder zeitlich gehäuftes Auftreten gleichartiger Krankheiten außerhalb der Gemeinschaft, sofern Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen und eine Ausbreitung auf die Staaten der Gemeinschaft zu befürchten ist;
4. Auftreten oder Wiederauftreten einer übertragbaren Krankheit oder eines Infektionserregers, wenn deren Eindämmung rechtzeitige koordinierte Maßnahmen der Gemeinschaft erfordert.

Lebensmittelerzeugnis oder andere Waren handelte, die aus anderen Ländern ein- bzw. ausgeführt worden waren. 23 Meldungen (11,8 %) wurden weitergeleitet, weil das Ereignis eine hohe Aufmerksamkeit der Medien oder der Politik hätte auf sich ziehen können.

Die Meldekriterien gemäß der Entscheidung 2000/57/EG scheinen im Großen und Ganzen eingehalten worden zu sein, obgleich es erheblichen Verbesserungsbedarf gibt. Die Prüfung ergab einige Schwierigkeiten bei der Bewertung, ob die gemeldeten Ereignisse die Kriterien des EWRS allein anhand der in der Hauptmeldung enthaltenen Angaben erfüllten. Die beiden Hauptkriterien im Zusammenhang mit dem Meldeverfahren bilden zeitliche oder räumliche Häufungen von Krankheitsfällen mit dem Risiko der Ausbreitung über die Mitgliedstaaten innerhalb der Gemeinschaft (Kriterium 2) und das Auftreten einer Krankheit, das koordinierte und zeitnahe Gemeinschaftsmaßnahmen zur Eindämmung erfordert (Kriterium 4). Es ist interessant festzustellen, dass einer der Hauptgründe für die Meldung in der potenziellen Beachtung durch die Medien oder die Politik besteht, die das Ereignis hervorrufen kann. Es bedarf weiterer Anstrengungen zur Analyse des zeitlichen Verlaufs des gemeldeten Ereignisses (und nicht nur der Meldungen), um weitere Einzelheiten über Fortschritte bei der Durchführung des Meldeverfahrens herauszuarbeiten und der Kommission und den Mitgliedstaaten Optionen zur Verbesserung an die Hand zu geben. Auch die weitere Prüfung der Ereignisse, die nicht über das EWRS gemeldet wurden, sind von entscheidender Bedeutung für das Gesamtbild und die Bewertung der Einhaltung der Entscheidung 2119/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates sowie der Entscheidung 2000/57/EG der Kommission.

7. DIE NEUEN INTERNATIONALEN GESUNDHEITSVORSCHRIFTEN (IHR)

Die neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften wurden am 22. Mai 2005 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet; sie traten am 15. Juni 2007 in Kraft. Zur Anpassung der geltenden EU-Rechtsvorschriften für übertragbare Krankheiten an die neuen IHR wurden die Anhänge der Entscheidungen 2119/98/EG, 2000/96/EG und 2000/57/EG geändert. Insbesondere wurde die Meldepflicht für alle der WHO nach den IHR gemeldeten übertragbaren Krankheiten über das EWRS eingeführt (Entscheidung vom 28. April 2008 zur Änderung der Entscheidung 2000/57/EG). Im Interesse der Kohärenz zwischen den Meldungen an das Gemeinschaftsnetz und denjenigen der Mitgliedstaaten nach den neuen IHR an die WHO wurde im EWRS eine IT-Funktion entwickelt, mit der die WHO über die nach der Entscheidung 2119/98/EG gemeldeten Ereignisse unterrichtet wird.

Um dem von den Mitgliedstaaten geäußerten Bedarf an einem Diskussionsforum zur Koordinierung der praktischen Aspekte der IHR-Einführung nachzukommen, richtete die Kommission neben den EWRS-Kontaktstellen eine Gruppe aus Vertretern der nationalen IHR-Anlaufstellen der Europäischen Union ein, die erstmalig am 31. Mai 2007 in Stockholm zusammenkamen. Die meisten Mitgliedstaaten (23 von 27), Norwegen und Island haben als nationale IHR-Anlaufstellen dieselben Einrichtungen benannt, die auch als EWRS-Kontaktstellen dienen. Die Kommission führt zweimal jährlich den Vorsitz dieser Gruppe; die WHO nimmt an den Sitzungen teil, die auch die Gelegenheit bieten, die über das EWRS gemeldeten Ereignisse zu prüfen und deren Bedeutung für die Meldung nach den IHR zu erörtern. Die Kommission plant, weitere Lösungen zur Verstärkung der

IHR-Meldungen zu suchen, die eng mit den bestehenden elektronischen Meldesystemen der EU zusammenhängen und von der WHO voll anerkannt werden.

8. ÜBERTRAGUNG DES EWRS AUF DAS ECDC

Gemäß den Verordnungen zur Errichtung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) betreibt dieses seit 17. November 2007 die EWRS-Anwendung. Wie früher bleibt die Kommission für die sonstigen Aspekte zuständig, einschließlich der Nutzergenehmigung. Die EWRS-Kontaktstellen in den Mitgliedstaaten werden weiterhin formell ernannt, indem Anträge über die Ständigen Vertretungen an die Kommission gestellt werden.

Die derzeitige Anwendung unterscheidet sich nicht von der früheren EWRS-Anwendung; es gibt also keinen Unterschied bei der Benutzung des Systems, mit Ausnahme der Kennwörter und Benutzernamen, da eine neue Kennwort-Politik zur Erhöhung der Sicherheit eingeführt wurde (auf die neue Anwendung kann nunmehr über das Internet zugegriffen werden). Seit dem 17. November 2007 ist die neue Anwendung von folgender Website abrufbar: <https://ewrs.ecdc.europa.eu>.

9. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Zahlen des EWRS für 2006 und 2007 bestätigen die Trends der vorangegangenen Jahre. Anzahl und Art der Meldungen waren mit denen aus den Jahren 2004 und 2005 vergleichbar. Meldungen der Informationsstufe machten die meisten EWRS-Meldungen aus. Insgesamt gab es im Jahre 2007 weniger Meldungen als im Jahre 2006. Dies liegt höchstwahrscheinlich eher daran, dass sich 2006 mehr Meldungen auf die Ereignisse im Zusammenhang mit der aviären Influenza bezogen, als an den Veränderungen des Meldeverfahrens. Es sind weitere Auswertungen der seit Einführung des EWRS-IT-Tools (1999) ergangenen Meldungen geplant; diese sollten im Laufe der Zeit weitere Anhaltspunkte für den Trend der EWRS-Nutzung ergeben und dazu dienen, den Einsatz des Systems zu rationalisieren, indem das Gewicht stärker auf Verwaltungsfragen als auf die Bewertung gelegt wird.

Wie in den vergangenen Jahren erforderte nur eine begrenzte Zahl der 2006 und 2007 gemeldeten Ereignisse eine gemeinschaftsweite Koordinierung. Der vorliegende Bericht hat sich auf diejenigen Ereignisse konzentriert, die solche Reaktionen auf verschiedenen Ebenen auslösten und die zeigen, welche Bereiche höherer Aufmerksamkeit bedürfen.

Der Chikungunya-Ausbruch in Italien hat deutlich gemacht, welche Rolle der Klimawandel bei der Veränderung der Epidemiologie von durch Vektoren übertragenen Krankheiten in der EU spielen kann und dass bei der Überwachung dieser Seuchen (z. B. des West-Nil-Virus) und der Reaktion darauf ein regionaler Ansatz erforderlich ist. Insbesondere hat er gezeigt, dass eine zuvor noch nie in der EU gemeldete Seuche immer die Reaktions- und Koordinierungskapazitäten auf Gemeinschaftsebene auf den Prüfstand stellen kann.

Am plötzlichen Anstieg der Masernfälle in mehreren Mitgliedstaaten zeigt sich, wie wichtig ein koordiniertes Vorgehen ist, um ein hohes Maß an Durchimpfung in ganz Europa zu erreichen und aufrechtzuhalten, damit die Masern, wie geplant, bis 2010 vollständig getilgt werden können.

Mehrfach wurden Verfahren zur Ermittlung von Kontaktpersonen eingeleitet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Verfahren trotz der unverzüglichen Durchführung von

Koordinierungsmaßnahmen noch ausbaufähig sind, damit die betreffenden Personen rasch kontaktiert und gleichzeitig die geltenden Datenschutzvorschriften eingehalten werden können. Die Schwierigkeiten, Daten von den Fluggesellschaften zu erhalten, bestehen weiter.

Eine Reihe von Ereignissen erforderte die Abstimmung über Medieninformationen, die für die breite Öffentlichkeit bestimmt waren. Als besonders sinnvoll für ein einheitliches Vorgehen gegenüber den Medien erwiesen sich Koordinierungssitzungen der EWRS-Behörden in den Mitgliedstaaten, doch es war klar, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, um eine stärker strukturierte Reaktion zu erarbeiten.

Die Kommission und die Mitgliedstaaten haben sich mit Unterstützung des ECDC rasch an die Erfordernisse der neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften angepasst. Bestehende Rechtsvorschriften für übertragbare Krankheiten sind bereits angepasst worden. 2010 wird ein Vorschlag für ein Paket von Rechtsinstrumenten folgen, das Gesundheitsgefährdungen durch nicht übertragbare Krankheiten abdeckt. In Kürze sollen spezielle Instrumente zur besseren Ermittlung von Kontaktpersonen vorgeschlagen werden. Es wurden zudem Mechanismen aktiviert, die nötigenfalls der globalen Tragweite von außerhalb der EU gemeldeten Ereignissen Rechnung tragen, welche möglicherweise Auswirkungen auf Gemeinschaftsebene haben. Dies soll den Umgang mit solchen Ereignissen erleichtern und verbessern, indem eine Bestandsaufnahme der verfügbaren Ressourcen wie des Europäischen Programms für die Ausbildung von Epidemiologen vor Ort (EPIET) erfolgt, das nunmehr vom ECDC in enger Zusammenarbeit mit der WHO koordiniert wird.

Es ist geplant, die EWRS-IT-Anwendung grundlegend zu überarbeiten und auf den neuesten Stand zu bringen, damit sie mit den neuen Kommunikationsplattformen kompatibel ist, welche die Kommission und das ECDC zurzeit entwickeln. So wird insbesondere die Verbindung zur ECDC-EPIS-Plattform³ eine solide Basis für den Austausch epidemiologischer Informationen über spezifische Ereignisse bilden. Die Instrumente der Kommission zur Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Daten- und Informationsaustausch im Krisenfall werden es dem EWRS ermöglichen, reibungslos zu funktionieren, auch wenn eine große Zahl von Meldungen über das System geleitet wird.

Schließlich sind einige kleinere Veränderungen an der Anwendung der „einfachen Suche“ erforderlich (Abschluss des Ereignisses, Meldungsinhalt, Syndrom/Krankheit, Erreger, Grund der Meldung und Land des Auftretens). Diese sollen in Kürze vorgenommen werden. Auf die Notwendigkeit dieser „kleineren“ Änderungen war bereits im vorigen Bericht hingewiesen worden, aber die Übergangsphase des EWRS verhinderte diese Art der Aktualisierung.